حقی، صبا؛ حق‌طلب، طاهره؛ عسگری، محمد (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش شناختی مبتنی بر مفروضه‌ها و قواعد به شیوه‌ی گروهی بر نگرش به بی‌معنایی زندگی و سرسختی روان‌شناختی زنان سرپرست خانوار با کیفیت زندگی پایین. *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۸(۱)*، ۱۲۳–۱۰۵.
DOI: 10.22067/ijap.v8i1.61451

اثربخشی آموزش شناختی مبتنی‌بر مفروضه‌ها و قواعد به‌شیوه‌ی گروهی بر نگرش به بی‌-معنایی زندگی و سرسختی روان‌شناختی زنان سرپرست خانوار با کیفیت زندگی پایین

صبا حقی[۱]، طاهره حق‌طلب[۲]، محمد عسگری[۳]

تاریخ دریافت: ۹۵/۱۰/۱۰ تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۱/۱۰

چکیده

هدف: بررسی اثربخشی آموزش شناختی مبتنی بر مفروضه‌ها و قواعد به شیوه‌ی گروهی بر نگرش به بی‌معنایی زندگی و سرسختی روان‌شناختی زنان سرپرست خانوار با کیفیت زندگی پایین

روش: در یک طرح نیمه آزمایشی از نوع گروه‌های کنترل نامعادل، ۳۰ نفر از زنان سرپرست خانوار بعد از غربالگری اولیه به‌صورت نمونه‌گیری هدفمند در دو گروه آزمایش (۱۵) و کنترل (۱۵) قرار گرفتند. آزمودنی-های گروه آزمایش مداخلات آموزش شناختی مبتنی بر مفروضه‌ها و قواعد را دریافت کردند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه دیدگاه‌های شخصی کوباسا، شاخص نگرش به زندگی و پرسشنامه کیفیت زندگی بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس و آزمون t برای نمره‌های افتراقی تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج آزمون t برای نمره‌های افتراقی نشان داد که تفاوت میانگین در نگرش به بی معنایی زندگی و سرسختی روان‌شناختی بین دو گروه معنی‌دار است؛ بنابراین آموزش شناختی مبتنی بر مفروضه‌ها و قواعد به شیوه‌ی گروهی باعث افزایش سرسختی روان‌شناختی و کاهش نگرش به بی‌معنایی زندگی در زنان سرپرست خانوار با کیفیت زندگی پایین شده است.

واژه‌های کلیدی: آموزش شناختی مبتنی بر مفروضه‌ها و قواعد، بی‌معنایی زندگی، زنان سرپرست خانوار، سرسختی روان‌شناختی، کیفیت زندگی.

۱.کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه ملایر،(نویسنده مسئول)، Haghi1212@gmail.com

۲. استادیار بخش روان‌شناسی دانشگاه ملایر، Haghtalab3553@yahoo.com

۳. دانشیار بخش روان‌شناسی دانشگاه ملایر

مقدمه

بررسی تحول‌های خانواده در مناطق مختلف جهان، حاکی از افزایش میزان خانوارهای زن سرپرست نسبت به کل جمعیت در ۳۰ سال گذشته است. تحقیقات صورت‌گرفته نشان می‌دهند که امروزه ۶۰ درصد زنان در جهان نان‌آور خانه هستند و ۳۷/۵ درصد خانوارهای جهان را زنان سرپرستی می‌کنند. شاخص‌های آماری نشان می‌دهند که آمار زنان سرپرست خانوار در کشور ما نیز درحال افزایش است. آمار بین سال های ۸۵و ۹۰ از رشد سه درصدی زنان سرپرست خانوار حکایت دارد. این گروه به‌علت این‌که توان اداره‌ی امور اقتصادی خود و خانواده‌ی خود را ندارند، به سازمان‌های حمایتی روی آورده و به کمک‌های موردی و مستمری‌های ناچیز این نهادها بسنده کرده و با مسائل زندگی در چارچوب خانه، دست‌وپنجه نرم می‌کنند.براساس آمارهای رسمی کشور امروز زنان، سرپرستی ۴/۹ درصد خانوارهای ایرانی را برعهده دارند.از حدود ۲ میلیون و ۵۰۰ هزار زن سرپرست خانوار کشور، حدود یک میلیون و صد هزار نفر زیر پوشش کمیته امداد و ۱۸۰ هزار نفر نیز تحت پوشش سازمان بهزیستی قرار دارند. عدم برخورداری این‌گونه زنان ازسطح نسبی رفاه وشکاف عمیق بین وضعیت آنان با شاخص‌های رفاه اجتماعی ازجمله: بهداشت، آموزش، مهارت و پائین بودن میزان درآمد سرانه، محدودیت‌های اجتماعی ومالی، بروزافسردگی، ترک‌تحصیل، ازدواج اجباری، ازدواج ناموفق وسایرمسائل ومشکلاتی که زنان سرپرست خانوار با آن‌ها درگیرهستند، منجربه ایجاد یک چرخه ناتمام مملوازمحرومیت می‌گردد؛ وبه‌تدریج زندگی آنان وسایرافرادی‌که به‌نوعی تحت مراقبت این زنان می‌باشند را تهدید می‌نماید (Alhoseyni, 2015).

بیش‌از نیمی اززنان سرپرست خانوار،احساس ضعف و ناتوانی می‌کنند. ترس و نگرانی ازآینده مبهم و نامعلوم، نبود تضمین برای تأمین نیازهای زندگی آتی، از مهم‌ترین دغدغه‌های زنان سرپرست خانوار می‌باشد. بااین‌همه، احتمال اینکه کیفیت‌زندگی این‌گونه زنان نیز درمعرض خدشه قرارگیرد، به‌طور قطع وجوددارد. امروزه کیفیت‌زندگی به روش‌های گوناگونی تعریف شده است، بعضی آن‌را مترادف با خوشحالی و رضایت از زندگی و برخی نیز هم‌معنی با بهزیستی می‌دانند. کیفیت‌زندگی مفهومی فراگیر است که از سلامت جسمانی، رشد شخصی، حالات روان‌شناختی و روابط اجتماعی تأثیر می‌پذیرد و بر ادراک فرد مبتنی است (Puigdollers, Domingo-salvany, Brugal, Torrens, Alvaros & Castillo, 2004). به بیان دیگر، کیفیت زندگی هر فرد به درک منحصر به فرد وی از زندگی بستگی دارد و اینکه زندگی علیرغم ارتباطی که وی با خانواده، دوستان و جامعه دارد ارضاءکننده است. افزون برآن از جنبه‌های روانی، اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، مذهبی و جنسی‌اش رضایت دارد. چالش اصلی قرن حاضر، نه زنده ماندن، بلکه زندگی

با کیفیت بهتر است. مطالعات نشان می‌دهند که بیش از هر چیز، مشکلات روانی و عاطفی موجب کاهش کیفیت‌زندگی افراد می‌شوند (Michalos & Orlando, 2006).

مؤلفه‌ی دیگری که کمبود آن در زندگی زنان سرپرست خانوار رخ‌نمایی می‌کند، سرسختی روان-شناختی است. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که بلایای طبیعی و شرایط دشوار زندگی، تنیدگی‌های روان‌شناختی را به‌دنبال دارند که با بیماری‌های جسمی و روانی مرتبط هستند. سرسختی روان‌شناختی، متغیری است که می‌تواند تنیدگی‌ها و آثار نامطلوب آن‌ها را تعدیل نماید(Joseph, Williams & Yule, 1997). براساس پژوهش‌های کوباسا (Kobasa, 1979)، سرسختی، یک منبع مقاومت درونی معرفی شده که آثار زیان‌بار استرس را بر سلامتی، کاهش می‌دهد. پژوهش‌ها نشان داده است که سرسختی روان‌شناختی، عامل فشارزا بودن حوادث و همچنین برانگیختگی روانی- جسمی حاصل از این حوادث را کاهش می‌دهد و تأثیر مثبتی بر سلامتی افراد دارد (Salehiheydarabd, Khosroyian &Ageshte, 2014). زاهدبابلان، قاسمی‌پور و حسن‌زاده (Zhahedbabolan, Ghasempour & Hasanzade, 2011) نشان دادند که بخشش و سرسختی، نقش مهمی در امید افراد نمونه دارند و در حضور متغیرهای سرسختی و بخشش، احتمال افزایش امید بیشتر می‌شود. زانگ (Zhang ,2010) در پژوهشی که در بین دانشجویان چینی انجام داد، بیان کرد که سرسختی با پنج عامل بزرگ شخصیت ارتباط دارد، به‌طوری‌که سه مؤلفه‌ی سرسختی (تعهد، مهار و مبارزه‌جویی) با روان‌رنجورخویی[1] ارتباط منفی و معنادار و با چهار عامل دیگر شخصیت (برونگرایی[2]، گشاده‌رویی[3]، خوشایندی[4] و وظیفه‌شناسی[5]) ارتباط مثبت و معناداری دارند. دلاهیج، گیلارد و دام (Delahaij, Gaillard & Dam, 2010) و بشارت (Besharat, 2007) گزارش کردند که سرسختی با شیوه‌های مقابله‌ای سازگارانه ارتباط مثبت و معنادار و با سبک‌های مقابله‌ای ناسازگارانه، ارتباط منفی و معنادار دارند. امریکانر، مونکز، ولف و توماس (Amerikaner, Monks, Wolfe & Thomas و1994) رابطه‌ی بین سلامت‌روانی با تعاملات ادراک‌شده‌ی خانواده را بررسی نمودند و دریافتند خانواده‌هایی که از انسجام بیشتر، ارتباط بهتر بین اعضای خانواده و رضایت بیش‌تر از وضعیت خانواده برخوردارند و همچنین خانواده‌هایی که بر فعالیت‌های اجتماعی، مذهبی- اخلاقی، فکری- فرهنگی و نظم و سازماندهی تأکید بیشتری دارند، از میزان سرسختی بالاتری برخوردارند. وایب (Wiebe, 1991) به‌این نتیجه دست یافت که آزمودنی‌های دارای سرسختی بالا

1. Neuroticism
2. Extroversion
3. Openness
4. Agreeableness
5. Conscientiousness

در مقایسه با آزمودنی‌های دارای سرسختی پایین، در مقابل ناکامی، قدرت تحمل بیشتری دارند. ناکانا (Nakano, 1990)با انجام پژوهش بر روی زنان ژاپنی، رابطه منفی و معناداری را بین متغیرهای سرسختی و افسردگی به دست آورد.

معنای زندگی یکی دیگر از مقوله‌هایی است که زنان سرپرست خانوار نبود یا کمبود وجود آن‌را در زندگی خود حس می‌کنند. انسان حقیقت‌جو در پی آگاهی یافتن به ماهیت آن است (Dehdari, Yarahmadi, Taghdisi, Daneshvar &Ahmadpour, 2013). فرانکل معتقد است که افراد ناامید، افسرده و بی‌قرار و آن‌هایی که احساس تنهایی می‌کنند، غالباً از بی‌معنایی و پوچی زندگی شکایت دارند. در زندگی هیچ‌چیز آن‌ها را به خود پای‌بند نمی‌سازد و برایشان ارزشی ندارد (Gholami, Pasha & Soodani, 2009). آنچه در هستی انسان اهمیت دارد، سرنوشتی نیست که انسان انتظارش را می‌کشد؛ بلکه شیوه‌ای است که انسان سرنوشت را می‌پذیرد؛ و به اعتقاد فرانکل، در هر موقعیتی حتی به هنگام رنج و مرگ هم می‌توان معنایی یافت. فرانکل می‌گوید: زنده بودن یعنی رنج کشیدن، اما برای رنج خویش معنایی یافتن، یعنی ادامه‌ی هستی. فرانکل در این‌باره از نیچه نقل‌قول می‌آورد: "کسی که چرایی در زندگی دارد، با هر چگونه‌ای خواهد ساخت" (Khoshdel, 2009). در پژوهش‌های پیشین ذکر شده است که بین معناداری زندگی با میزان امید، شادی و رضایت در زندگی (Nasiri & Jokar,2008)، رفاه روان‌شناختی(Rathi &Rastogi, 2007)و سلامت‌عمومی (Kleftaras & Psarra, 2006) همبستگی مثبت و معنادار و با افسردگی (Kleftaras & Psarra, 2006؛ Nasiri & Jokar,2008) همبستگی منفی و معناداری وجود دارد.

در تحقیقات قبلی نشان داده شده است که اثربخشی مداخله شناختی- رفتاری (Ganje, Mehrabizadehonarmakd, Davodi &Zargar, 2015) آموزش مدیریت استرس به شیوه‌ی شناختی- رفتاری (Rezaeeardani, Faridhoseini, Borhanifaghani &Seyfi, 2015) درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس (Shahkarami, Zahrakar, Moradizade, Davarnia & Shakarami, 2015) روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (Mohabatbahar, Akbarim, Molki &Moradijo, 2014) و آموزش مهارت‌های زندگی (Khani, Samsamshariat, Mehdad, Taki, Korangbeheshti & Hekmatravan, 2014; Mahmodi, Shabani & Zahrakar, 2013) باعث بهبود کیفیت زندگی گروه مداخله شده است. در ذهن بسیاری از مردم، مفروضه‌ها یا معیارهای غیر واقع بینانه‌ای نقش بسته است که باعث احساس شکست و بطالت زندگی آن‌ها می‌شود (Leahy, 2003). لذا در شناخت‌درمانی توجه زیادی به جزئیات و نقش تفکر

در تغییرات رفتاری و عاطفی می‌شود. شناخت‌درمانگرها در تعیین هدف‌ها به عقاید غلطی توجه می‌کنند که جلوی تحقق هدف‌های مراجعان را می‌گیرند (Firozbakht, 2012).

با توجه به مسائل و موارد گفته شده، نیاز به آموزش خاصی جهت ارتقاء در این زمینه می‌باشد، یکی از روش‌های آموزشی در این زمینه، روش آموزشی شناخت‌درمانی است. شناخت‌درمانی، به آموزش فکر و ارتباط آن با احساس، احوال، رفتار و به‌طور کلی زندگی می‌پردازد. شناخت‌درمانی به انسان کمک می‌کند ازطریق اندیشیدن، درست اندیشیدن و مثبت اندیشیدن، زندگی و سرنوشت خود را دگرگون و متغیر کند و از قدرت بیشتری برخوردار گردد (Burns, 1990). لذا این پژوهش در پی دست‌یابی به‌چنین ضرورتی می‌باشد. اما از آنجا که این پژوهش در ایران انجام نگرفته است و جنبه‌ی جدید دارد، به انجام پژوهش‌های آینده و پژوهشگران مراکز کمیته امداد، روان‌شناسان و مددکاران اجتماعی کمک خواهد کرد.

لذا سؤال اصلی این پژوهش، این است که آیا آموزش شناختی مبتنی بر مفروضه‌ها و قواعد به شیوه‌ی گروهی بر نگرش به بی‌معنایی زندگی و سرسختی روان‌شناختی زنان سرپرست خانوار با کیفیت زندگی پایین تأثیر دارد؟

روش

طرح پژوهش نیمه‌آزمایشی[1] و از نوع گروه‌های کنترل نامعادل[2] است. در پژوهش حاضر آموزش شناختی مبتنی بر مفروضه‌ها و قواعد به شیوه‌ی گروهی، متغیر مستقل و متغیرهای نگرش به بی‌معنایی زندگی و سرسختی روان‌شناختی متغیرهای وابسته پژوهش حاضر هستند. در این پژوهش کیفیت زندگی و جنسیت متغیرهای کنترل می‌باشند. جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد همدان در سال ۱۳۹۵ است، که حدوداً ۸۱۵۰ نفر می‌باشند (گزارش کمیته امداد همدان، ۱۳۹۵).بر-اساس جامعه‌ی آماری موجود، از کلیه‌ی افراد به سه روش زیر جهت انجام پژوهش، دعوت به‌عمل آمد: ۱. ارسال دعوت‌نامه پستی. ۲. اعلان فراخوان عمومی در مرکز کمیته امداد همدان. ۳. ثبت‌نام حضوری در مرکز کمیته امداد همدان. با توجه به سه روش فوق، تعداد محدودی (n=۸۰) مایل به همکاری شدند، سپس به‌منظور غربالگری، پرسشنامه‌ی کیفیت‌زندگی بین ۸۰ نفر توزیع شد و با خط برش ۲۴، افراد به دو دسته‌ی کیفیت‌زندگی پایین و کیفیت‌زندگی بالا تقسیم و افرادی‌که دارای کیفیت‌زندگی پایین بودند، به‌عنوان نمونه پژوهشی انتخاب شدند (n=۴۵). از بین این تعداد، به‌صورت داوطلبانه، ۳۰ نفر مایل به همکاری شدند که

1. Quasi- Experimental Design
2. Nonequivalent Control Group Design

به‌صورت تصادفی در دو گروه کنترل (n=۱۵) و آزمایش (n=۱۵) جایگزین شدند؛ و برای جلوگیری از ریزش نمونه‌ها از تقویت‌کننده (با همکاری کمیته امداد همدان، قرار شد که بعد از اتمام جلسات آموزشی به هر شرکت‌کننده مبلغی داده و همچنین افراد شرکت‌کننده به سفر مشهد برده شوند) استفاده شد.ابتدا هر دو گروه مورد پیش‌آزمون قرار گرفتند و سپس مداخله آزمایشی بر روی گروه آزمایش به مدت۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای آموزش شناختی مبتنی بر مفروضه‌ها و قواعد به شیوه‌ی گروهی اجرا شد.پس از پایان آموزش، هر دو گروه (آزمایش و کنترل) مجدداً در یک جلسه، با پرسشنامه‌های سرسختی روان‌شناختی و نگرش به زندگی، به‌صورت گروهی، ارزیابی شدند (پس‌آزمون). سپس پرسشنامه‌ها کدگذاری و داده‌ها وارد برنامه آماری اس‌پی‌اس‌اس[1] نسخه ۲۳ شد.برای تحلیل داده‌ها نیز از روش تحلیل کوواریانس یک‌متغیره و چند-متغیره با رعایت پیش‌فرض‌ها، همچنین آزمون t برای نمره‌های افتراقی استفاده شد.

ابزارها

ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل سه ابزار: ۱- پرسشنامه کیفیت زندگی ۲- پرسشنامه دیدگاه-های شخصی کوباسا (سرسختی) و ۳- پرسشنامه نگرش به زندگی بود که در زیر به توضیح هر کدام از این ابزارها پرداخته می‌شود:

پرسشنامه کیفیت زندگی[2]: این پرسشنامه توسط کازینسکی (Kazinsky, 1996) ساخته شده است. پرسشنامه ۱۲ سؤالی کیفیت‌زندگی، کیفیت زندگی را از نظر درک کلی از سلامتی خود (عبارت ۱)، عملکرد فیزیکی (عبارات ۲ و۳)، سلامت جسمانی (عبارات ۴ و ۵)، مشکلات هیجانی (عبارات ۶ و ۷)، درد جسمانی (عبارت ۸)، عملکرد اجتماعی (عبارت ۹)، نشاط و انرژی حیاتی (عبارت ۱۱) و سلامت‌روان (عبارات ۱۰ و ۱۲) مورد بررسی قرار می‌دهد (Enisi, 2012). روایی[3] ابزار مورد استفاده با روش روایی محتوی سنجیده شد و جهت تعیین اعتبار[4] ابزار از روش آزمون مجدد استفاده گردید (r=۰/۹۰)(Enisi, 2012). پایایی پرسشنامه کیفیت‌زندگی در پژوهش حاضر، با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به‌دست آمد، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که پرسشنامه از پایایی مطلوبی برخوردار است. سؤالات، هم با مقیاس چند گزینه‌ای لیکرت و هم به‌صورت بلی و خیر است. نمره کل پرسشنامه از جمع نمرات مربوط به ۱۲ پرسش محاسبه و بدست می‌آید. همچنین سؤالات ۱ و ۸ و ۱۰ و ۱۱ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. افراد برحسب نمره‌ای

1.Statistical Package for the Social Sciences
2. The Short Form Health Survey (SF-12)
3. Validity
4. Reliability

که در پرسشنامه کسب می‌کنند، به سه دسته‌ی ضعیف (نمره بین ۲۴-۱۲)، متوسط (نمره بین ۳۶-۲۵) و خوب (نمره بین ۴۸-۳۷) طبقه‌بندی می‌شوند (Enisi, 2012).

پرسشنامه دیدگاه‌های شخصی کوباسا (سرسختی)[1]: این پرسشنامه توسط کوباسا (Kobasa, 1989) ساخته شده است و از ۵۰ عبارت تشکیل شده، که هر عبارت به‌صورت یک جمله عرضه شده است، که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (اصلاً صحیح نیست) تا ۳ (کاملاً صحیح است) نمره‌گذاری می‌شود. نمرات ۳۹ عبارت از آزمون (عبارات ۶ تا ۲۱ و ۲۸ تا ۵۰) به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که مؤلفه‌های سرسختی یعنی تعهد، کنترل و چالش هر یک به‌ترتیب از ضریب پایایی ۰/۷۰، ۰/۵۲ و ۰/۵۲ برخوردارند و این ضرایب برای کل صفت سرسختی ۰/۷۵ محاسبه شده است. این پرسشنامه در ایران برای اولین بار توسط قربانی (Gorbani, 1995) محاسبه شده است. مطالعه قربانی (Gorbani, 1995) نشان داد که ضریب پایایی پرسشنامه برای کنترل ۰/۷۰، تعهد۰/۵۲ و چالش ۰/۵۲ است و این ضرایب برای کل صفت سرسختی ۰/۷۵ محاسبه شد که پایایی قابل قبولی است. پایایی پرسشنامه سرسختی در پژوهش حاضر، با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۴ بدست آمد، همچنین این مقدار برای مؤلفه‌های مبارزه‌جویی ۰/۴۲، تعهد ۰/۷۶ و کنترل ۰/۷ محاسبه شد. افراد برحسب نمره‌ای که در پرسشنامه می‌گیرند، به چهار دسته‌ی سرسختی بالا (نمره بین ۱۵۰-۱۲۶)، سرسختی نسبتاً بالا (نمره بین ۱۲۵-۷۶)، سرسختی نسبتاً پایین (نمره بین ۷۵-۲۶) و سرسختی پایین (نمره بین ۲۵-۰) تقسیم می‌شوند (Mikaeli & Joshaghani, 2011). این پرسشنامه از سه مؤلفه که به ترتیب ۱۷، ۱۶ و ۱۷ عبارت پرسشنامه را به خود اختصاص داده‌اند تشکیل شده است. عبارات هر یک از زیرمقیاس‌ها:

۱. مبارزه‌جویی: (۲-۶-۹-۱۲-۱۵-۱۸-۲۱-۲۴-۲۷-۳۰-۳۳-۳۶-۳۷-۴۰-۴۳-۴۶-۴۹)
۲. تعهد: (۱-۸-۱۱-۱۴-۱۷-۲۰-۲۳-۲۶-۲۹-۳۲-۳۸-۳۹-۴۱-۴۴-۴۷-۵۰)
۳. کنترل: (۳-۴-۵-۷-۱۰-۱۳-۱۶-۱۹-۲۲-۲۵-۲۸-۳۱-۳۴-۳۵-۴۲-۴۵-۴۸)

پرسشنامه نگرش به زندگی[2]: شاخص ۲۸ سؤالی نگرش به زندگی، براساس مفهوم نگرش مثبت به زندگی توسط باتیستا (Battista, 1973) طراحی شده است. وی این آزمون را به‌منظور ارزیابی میزان معناخواهی در زندگی تهیه کرده است. این آزمون شامل دو زیرمقیاس چارچوب[3] (ذهنی) و تکمیل[4] (هدف) است. مقیاس چارچوب (FR)، اعتقاد فرد به داشتن یک دیدگاه یا مفهوم در زندگی و انتخاب اهداف،

1. Personal Views Survey (P.V.S)
2. Life Regard Index (LRI)
3. framework
4. fulfillment

مقاصد یا نقطه نظرهایی برای زندگی، براساس این دیدگاه را می‌سنجد. مقیاس تکمیل (FU)، میزانی را که یک شخص خود را کمال یافته یا در حال تحقق بخشیدن به چارچوب یا آرمان‌های زندگی‌اش می‌بیند، اندازه‌گیری می‌کند. هر مقیاس متشکل از ۱۴ عبارت است که برای کنترل صداقت آزمودنی، نیمی از عبارات به صورت مثبت و نیمی دیگر به صورت منفی بیان شده‌اند (Battista, 1973). باتیستا و آلموند (Battista & Almond, 1973) پایایی بازآزمایی برای پرسشنامه نگرش به زندگی را r=۰/۹۴گزارش کرده‌اند. برای تعیین هماهنگی درونی و میزان پایایی پرسشنامه نگرش به زندگی در پژوهش حاضر، از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد و مقدار آن برابر ۰/۶۴ بود. این یافته نشان می‌دهد که آزمون نگرش به زندگی از پایایی لازم برخوردار است.هر یک از زیرمقیاس‌ها در پرسشنامه نگرش به زندگی شامل ۱۴ عبارت است که از این تعداد، هفت عبارت به صورت منفی و هفت عبارت به‌صورت مثبت بیان شده‌اند. مجموع نمرات عبارت مثبت هر دو زیرمقیاس، نمره‌ی کل نگرش به زندگی را به‌دست می‌دهد (Battista, 1973).

۱. عبارات مثبت مربوط به زیرمقیاس چارچوب: (۱، ۷، ۱۱، ۱۴، ۲۳، ۲۵، ۲۸).
۲. عبارات مثبت مربوط به زیرمقیاس تکمیل: (۲، ۵، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۴، ۲۷).

در این عبارات به گزینه‌ی موافقم ۳ امتیاز، نظری ندارم ۲ امتیاز و مخالفم ۱ امتیاز تعلق می‌گیرد. دامنه‌ی نمرات در این آزمون، بین ۱۴ تا ۴۲ متغیر است. نمره‌ی زیاد آزمودنی، بیانگر داشتن معنای فردی بالا و نمره‌ی پایین وی نشان دهنده‌ی داشتن معنای فردی کم نسبت به زندگی است.

روش اجرا

پس از ارزیابی آزمودنی‌ها برای شرکت آن‌ها در پژوهش مانند، نداشتن اختلال حاد روان‌پزشکی بر اساس معیارهای مصاحبه‌های بالینی ساختار یافته، جلسات آموزش انجام شد. به طور کلی خلاصه مراحل آموزش در تمامی جلسات (۸ جلسه) به این صورت بود که در آغاز هر جلسه به مروری بر تکلیف جلسه قبل آزمودنی‌ها پرداخته می‌شد و به دنبال آن بحث و آموزش مقوله‌ی مورد نظر در هر جلسه انجام می‌شد. در طول جلسه به تمرینات مختص آن جلسه پرداخته می‌شد و در پایان جلسه به آزمودنی‌ها تکالیفی داده می‌شد که در طول هفته انجام دهند.

جدول ۱. خلاصه جلسات و چهارچوب و ساختار کلی جلسات

جلسات آموزش	عنوان و روند جلسات
جلسه اول	خوش‌آمدگویی- بیان ساعات، تعداد و محل تشکیل جلسات-بیان اهداف جلسات- قراردادهای‌رفتاری- آموزش‌روانی و بحثهای انگیزشی- بازخورد و خلاصه‌ی جلسه.
جلسه دوم	آشنا کردن افراد با تمایز فکر از واقعیت

جلسه سوم	توجه دادن افراد به شناسایی و ارزیابی مفروضه‌های زیربنایی یا قواعد- پر کردن برگه نگرش ناکارآمد
جلسه چهارم	آشنا کردن افراد با چالشی با تفکر بایداندیشی
جلسه‌پنجم	بررسی نظام ارزشی
جلسه ششم	مرز بین پیشرفت گرایی و کمال گرایی
جلسه هفتم	بحث درباره عود مشکل فرصتی برای یادگیری
جلسه هشتم	آشنایی با ایجاد مفروضه‌ها و معیارهای جدید و انطباقی و ارزیابی آن‌ها و پر کردن پرسشنامه‌ها (پس آزمون)

موضوع و برنامه‌ی جلسات آموزش شناختی مبتنی بر مفروضه ها و قواعد

موضوع و برنامه‌ی جلسه اول: خوش‌آمدگویی، معرفی خود و اعضای گروه آموزشی جهت ایجاد پیوند و همبستگی بین اعضاء، بیان اهداف کارگاه آموزشی، تداوم و مدت زمان هر جلسه، بازگو کردن قوانین گروه و حصول توافق بین اعضاء.

موضوع و برنامه‌ی جلسه‌ی دوم: یک واقعه‌ی یکسان به افکار متفاوتی منجر می‌شود که این افکار می‌توانند احساس‌ها و رفتارهای مختلفی را بوجود بیاورند؛ بررسی تکنیک A-B-C.

موضوع و برنامه‌ی جلسه‌ی سوم: شناسایی مفروضه‌های زیربنایی و قواعد و گذاشتن آن‌ها به محک تجربه. مفروضه‌های زیربنایی در قالب جملات "اگر- پس"، "قواعد"، "بایداندیشی" و "اجبارها" بیان می-شوند که حالتی تحکم‌آمیز و انعطاف‌ناپذیر دارند. این مفروضه‌ها باعث آسیب‌پذیری در فرد می‌شوند. افراد خیلی از اوقات برای خودشان یا برای دیگران قواعدی وضع می‌کنند. این قواعد، اغلب بر دو محور اساسی بنا شده‌اند: "من باید موفق شوم" یا "دیگران باید مرا تأیید کنند". مثلاً: ممکن است چنین مفروضه‌ای در ذهن ساخته شود: "اگر در کارم موفق نشوم، پس آدم بی‌ارزشی هستم" یا "اگر کسی مرا دوست نداشته باشد، پس حتماً آدم بدبختی هستم".

موضوع و برنامه‌ی جلسه‌ی چهارم: تعدیل بسیاری از باید اندیشی‌هایی که ماهیتی غیرمنطقی، ناعادلانه و تحقیرآمیز دارند. بسیاری از قواعد یا معیارهای کلی، حالت تحکم‌آمیز اخلاقی دارند، مثل "من باید بدون عیب و نقص باشم" یا "من باید همیشه موفق باشم". به دلیل این‌که چنین قواعد یا معیارهایی به‌صورت احکام اخلاقی بیان می‌شوند، اغلب نشان دهنده‌ی قضاوت ارزشی درباره‌ی خویشتن یا دیگران هستند. به عنوان مثال "دیگران باید به من احترام بگذارند"، ممکن است تلویحاً نشان‌دهنده‌ی این باشد که من بی‌ارزشم و لیاقت خوشبختی را ندارم، مگر این‌که دیگران به من احترام بگذارند. خود انتقادگری، احساس گناه و شرم، پیامد-های متداول چنین باید اندیشی‌های اخلاقی هستند. برای چالش با تفکر بایداندیشی می‌توان سؤال‌های مختلفی طرح کرد، مثل: براساس کدام منطق، عقل یا شواهد، انسان باید اینگونه عمل کند؟ این قاعده را کجا

یاد گرفتید؟ آیا این قاعده برای تمام افراد قابل اجراست؟ آیا می‌توان به جای پایبندی به این قاعده‌ی تزلزل ناپذیر، از یک اصل انعطاف‌پذیر تبعیت کرد؟

موضوع و برنامه‌ی جلسه‌ی پنجم: آموزش شناخت و روشن‌سازی ارزش‌ها و اصلاح انتخاب‌های اجباری. بسیاری از مفروضه‌ها به یک بعد از شخصیت انسان ربط دارند مثل، مفروضه‌های انسان درباره‌ی لزوم موفقیت در کار. این مفروضه‌ها ممکن است تنها برای دستیابی به پیشرفت مالی مؤثر باشند. وقتی‌که بیمار درخصوص این بعد از شخصیت خود، دچار مشکل می‌شود و حالت مضطرب یا افسرده پیدا می‌کند، معمولاً سایر ارزش‌ها به وادی فراموشی سپرده می‌شوند. روشن‌سازی نظام ارزش‌ها می‌تواند شدت برخی از قضاوت‌های خود ملامت‌گر را کاهش دهد و ارزش‌های بهتری را در نظام ارزشی افراد جایگزین کند.مثلاً، از بیماری که ارزشمندی خود را با میزان پیشرفت می‌سنجد، می‌توان سؤال کرد: آیا ارزش‌های دیگر مثل عشق، عفو، مهربانی، کنجکاوی، رشد فردی، تفریح و اوقات فراغت را مد نظر قرار می‌دهد؟

موضوع و برنامه‌ی جلسه‌ی ششم: تلاش برای بهبود کار و بهبود عملکرد گذشته در برابر تلاش برای دستیابی به کمال‌گرایی. اگر تمام هم‌وغم فرد فقط برای دستیابی به کمال‌گرایی باشد، بدون شک با ناکامی روبه‌رو می‌شود.

در مقابل، اگر تلاش کند به پیشرفت بیشتری دست یابد، ممکن است احساس کنترل بیشتری کند و به ادامه‌ی کار امیدوارتر شود. برای چالش با مرز بین پیشرفت‌گرایی و کمال‌گرایی، می‌توان سؤال‌های مختلفی طرح کرد، مثلاً، دوست دارید در کدام حوزه‌های زندگی پیشرفت کنید؟ آیا شما به خاطر پیشرفت-های شخصی به خودتان افتخار می‌کنید یا به خاطر کمال‌گرایی؟ اگر افتخار شما تلاش برای پیشرفت باشد، چه پیامدی به دنبال خواهد داشت؟

موضوع و برنامه‌ی جلسه‌ی هفتم: دادن معنای جدید به عود مشکل، یادگیری از لغزش‌ها، عود را نوعی درد و رنج یاری‌رسان و جنبه‌ی مهم یادگیری دانستن. یکی از راه‌های چالش با کمال‌گرایی، این است که به عود مشکل به عنوان یک تجربه یادگیری، معنای جدیدی بدهیم. بیماری که درباره‌ی شکست و تأییدطلبی و یا هر نوع ارزش یا معیاری، مفروضه‌ی همه یا هیچ دارد، عود مشکل را نشانگر ضعف و ناامیدی تلقی می‌کند. به فرد آموزش داده شد که اگرچه وقتی که مشکلتان عود کرد، احساس بدی داشتید، با این حال می‌توان از این مشکل استفاده کرد، به شرط این‌که آن‌را به عنوان یک تجربه مهم یادگیری در نظر بگیرید.

با طرح سؤال‌هایی مانند، از این تجربه، چه چیزی یاد گرفتید؟ آیا پس از حادثه، متوجه شدید چه کاری برای شما مفید است و چه کاری ضرر دارد؟ چگونه می‌توانید از بروز مجدد این درد و ناامیدی در آینده جلوگیری کنید؟ می‌توانیم مشکل را از این چشم‌انداز مد نظر قرار دهیم که عود مشکل، یک تجربه‌ی یادگیریاست که فرد می‌تواند بیاموزد در چه موقعیتی نتوانسته از راهنمایی‌های خودیاری استفاده کند و به دنبال آن، چه احساسی داشته است.

موضوع و برنامه‌ی جلسه‌ی هشتم: رها کردن مفروضه‌ها و قواعد قدیمی و پایه‌ریزی سنگ‌بنای مفروضه‌ها و قواعد جدید در ذهن-ارزیابی مفروضه و قاعده‌ی انطباقی‌تر و عمل کردن به آن. ما اغلب میلی به رها کردن یک باور نداریم، مگر این‌که بتوانیم باور مفیدتری را جایگزین آن کنیم. از طریق چالش با مفروضه‌ها، معیارها و ارزش‌های ناسازگار، به بیماران کمک شد تا مفروضه‌های جدیدتر، انعطاف پذیرتر و واقع بینانه‌تری در ذهن خود شکل دهند. اغلب، این مفروضه‌های جدید در قالب جملات ترجیحی بیان می‌شوند، نه قواعد تزلزل‌ناپذیر و تحکم‌آمیز.جلسه نهایی برای افراد تحت آموزش، فرصتی است تا آنچه را فرا گرفته‌اند، خلاصه کنند، دوباره اهداف خودشان را ارزیابی و مشکلاتشان را شناسایی کنند.

در این مرحله، زنان سرپرست خانوار تحت آموزش توانستند مسائل زندگی خود را به بحث بگذارند و چگونگی استفاده از مهارت‌های فرا گرفته شده در حل مسائل را مورد بررسی قرار دهند.

یافته‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از روش‌های آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف‌استاندارد و نیز روش‌های آمار استنباطیمانند تحلیل کوواریانس و آزمون t برای نمرات افتراقی استفاده شده است.

جدول ۲. توزیع فراوانی افراد نمونه برحسب عضویت در گروه آزمایش و کنترل

گروه‌ها	فراوانی	درصد فراوانی
آزمایش	۱۵	۵۰
کنترل	۱۵	۵۰
کل	۳۰	۱۰۰

اطلاعات مندرج در جدول ۲ نشان می‌دهد که حجم نمونه در این تحقیق مجموعاً ۳۰ نفر بوده است که ۱۵ نفر یعنی ۵۰ درصد افراد در گروه آزمایش و ۱۵ نفر یعنی ۵۰ درصد دیگر، در گروه کنترل قرار داشته‌اند.

جدول ۳. میانگین و انحراف‌معیار نگرش به زندگی دو گروه، در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه	مرحله	میانگین	انحراف‌معیار
نگرش به زندگی	آزمایش	پیش‌آزمون	۲۲/۴۷	۲/۶۹
		پس‌آزمون	۳۲/۶۷	۴/۴۳
	کنترل	پیش‌آزمون	۲۹/۴۷	۲/۹۵
		پس‌آزمون	۲۶/۷۳	۳/۳۰

اطلاعات مندرج در جدول ۳ نشان می‌دهد که میانگین نمرات نگرش به زندگی در پیش‌آزمون گروه کنترل ۲۹/۴۷ است که این مقدار در پس‌آزمون به میزان ۲/۷۴ کاهش یافته و به ۲۶/۷۳ رسیده است. انحراف‌معیار این نمرات نیز به‌ترتیب برابر با ۲/۹۵ و ۳/۳۰ می‌باشد. اما همانطورکه مشاهده می‌شود، میانگین نمرات نگرش به زندگی در پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت‌به پیش‌آزمون این گروه، به‌میزان ۱۰/۲ افزایش پیدا کرده و از ۲۲/۴۷ به ۳۲/۶۷ رسیده است. انحراف‌معیار این نمرات نیز به‌ترتیب برابر با ۲/۶۹ و ۴/۴۳ می‌باشد.

جدول ۴. میانگین و انحراف‌معیار سرسختی روان‌شناختی دو گروه، در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه	مرحله	میانگین	انحراف‌معیار
سرسختی روان‌شناختی	آزمایش	پیش‌آزمون	۵۰/۹۳	۱۰/۸۸
		پس‌آزمون	۷۷/۸۰	۱۹/۶۰
	کنترل	پیش‌آزمون	۷۱/۰۰	۱۴/۱۶
		پس‌آزمون	۶۶/۲۷	۱۲/۰۰

با توجه به‌اطلاعات جدول ۴ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات سرسختی روان‌شناختی در پیش‌آزمون گروه کنترل ۷۱ است که این مقدار در پس‌آزمون به میزان ۴/۷۳ کاهش پیدا کرده و به ۶۶/۲۷ رسیده است. انحراف‌معیار این نمرات نیز به‌ترتیب برابر با ۱۴/۱۶ و ۱۲ می‌باشد. اما درمقابل میانگین نمرات سرسختی روان‌شناختی در پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به پیش‌آزمون این گروه، به میزان ۲۶/۸۷ افزایش پیدا کرده و از ۵۰/۹۳ به ۷۷/۸۰ رسیده است. انحراف معیار این نمرات نیز به‌ترتیب برابر با ۱۰/۸۸ و ۱۹/۶۰ می‌باشد.

به‌منظور بررسی تأثیر آموزش شناختی مبتنی بر مفروضه‌ها و قواعد به شیوه‌ی گروهی بر نگرش به بی‌معنایی زندگی و سرسختی روان‌شناختی زنان سرپرست خانوار با کیفیت‌زندگی پایین از تحلیل

کوواریانس چندمتغیری[1] استفاده شد. در ابتدا به‌بررسی پیش‌فرض همگنی ماتریس کوواریانس پرداخته شد. این مفروضه به‌عنوان بخشی از برونداد تحلیل کوواریانس چندمتغیره ایجاد می‌شود. نتایج آزمون باکس در مورد همگنی ماتریس کوواریانس نشان داد که مقدار آماره باکس برابر با ۸/۴۴ است. مقدار F بدست آمده برای این آماره ۲/۵۹ می‌باشد. چون دارای دو متغیر وابسته (نگرش به بی‌معنایی زندگی و سرسختی روان-شناختی) می‌باشیم، به‌جای استفاده از آلفای متداول از آلفای بنفرونی استفاده شد، یعنی ۰/۰۵ تقسیم بر تعداد متغیرهای وابسته شد و آلفا ۰/۰۲۵ در نظر گرفته شد. بنابراین سطح معنی‌داری مقدار F محاسبه شده (P=۰/۰۵۱)با درجه آزادی ۳ و ۱۴۱۱۲۰ بالاتر از ۰/۰۲۵ است (P>۰/۰۲۵) و فرض همگنی ماتریس کوواریانس پذیرفته می‌شود.

جدول ۵. نتایج تحلیل مانکوا بر روی میانگین پس‌آزمون نگرش به زندگی و سرسختی روان‌شناختی

شاخص	مقدار	F	DF	سطح P	مجذور اتا
اثر پیلایی[2]	۰/۵۷	۱۶/۷۹	۲	۰/۰۰۱	۰/۵۷
لامبدای ویلکز[3]	۰/۴۳	۱۶/۷۹	۲	۰/۰۰۱	۰/۵۷
اثر هوتلینگ[4]	۱/۳۴	۱۶/۷۹	۲	۰/۰۰۱	۰/۵۷
بزرگ‌ترین ریشه روی[5]	۱/۳۴	۱۶/۷۹	۲	۰/۰۰۱	۰/۵۷

مندرجات جدول ۵ نشان می‌دهد که بین گروه های آزمایش و کنترل از لحاظ پس‌آزمون متغیرهای وابسته با کنترل پیش‌آزمون، در سطح P<۰/۰۵ تفاوت معنی‌داری وجود دارد. براین اساس می‌توان بیان داشت که در یکی از متغیرهای وابسته (نگرش به زندگی، سرسختی روان‌شناختی) در پس‌آزمون بین دو گروه اختلاف معنی‌داری وجود دارد. جهت پی بردن به این تفاوت مفروضه تحلیل کوواریانس (همگنی شیب رگرسیون) بررسی شد و نتایج آزمون تحلیل واریانس درمورد همگنی شیب‌های رگرسیون نشان داد که شیب خطوط رگرسیون متغیر نگرش به زندگی (P=۰/۰۳۳) و سرسختی روان‌شناختی (P=۰/۰۴۹) در دو گروه همگن نیستند، بنابراین براساس نتایج فوق، با توجه به اینکه در متغیرهای نگرش به زندگی و سرسختی روان شناختی مفروضه‌ها نقض شدند، از آزمون t برای نمرات افتراقی استفاده گردید.

1.Mancova
2.Pillai's Trace
3.Wilks' Lambda
4.Hotelling's Trace
5.Roy's Largest Root

جدول ۶. نتایج آزمون t برای نمرات افتراقی نگرش به زندگی و سرسختی روان شناختی

متغیر	مقدار t	درجه-آزادی	اختلاف میانگین‌ها	انحراف استاندارد	سطح معنی-داری
نگرش به زندگی	۸/۵۶۱	۲۸	۱۲/۹۳۳۳۳	۱/۵۱۰۸۱	۰/۰۰۱
سرسختی روان‌شناختی	۷/۹۲۵	۲۸	۳۱/۶۰۰۰۰	۳/۹۸۷۲۸	۰/۰۰۱

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین نمرات آزمودنی‌های دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای نگرش به زندگی و سرسختی روان شناختی بیان‌کننده‌ی آن است که میانگین نمرات دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنادار دارند (P<۰/۰۵)، به‌طوری‌که آموزش شناختی مبتنی بر مفروضه‌ها و قواعد به شیوه‌ی گروهی باعث کاهش نگرش به بی‌معنایی زندگی و افزایش سرسختی روان شناختی زنان سرپرست خانوار با کیفیت‌زندگی پایین شده است.

نتیجه

این پژوهش با هدف اثربخشی آموزش شناختی مبتنی بر مفروضه‌ها و قواعد به‌شیوه‌ی گروهی بر نگرش به بی‌معنایی زندگی و سرسختی روان‌شناختی زنان سرپرست خانوار با کیفیت زندگی پایین انجام شد. آزمون t برای نمره‌های افتراقی نشان داد که تفاوت میانگین در نگرش به زندگی و سرسختی روان‌شناختی بین دو گروه معنی‌دار است. بنابراین می‌توان بیان داشت که آموزش شناختی مبتنی بر مفروضه‌ها و قواعد به شیوه‌ی گروهی باعث کاهش نگرش به بی‌معنایی زندگی و افزایش سرسختی روان‌شناختی در زنان سرپرست خانوار با کیفیت-زندگی پایین می‌شود. نتایج به‌دست آمده با یافته‌های پژوهش پیمبری (Payambari, 2016)، عبدالملکی (Abdolmaleki, 2016)، عبدالملکی (Abdolmaleki, 2015)، دهداری و همکاران (Dehdari & et al 2013)، نصیری و جوکار (Nasiri & Jokar, 2009)، راتی و راستوگی (Rathi & Rastogi, 2007)، کلافتراس و پسارا (Kleftaras & Psarra, 2006)، هال (Hall, 1987)، وردی (Verdi, 2001)، کلانتر (Kalantar, 1998)، کیامرثی (Kiamarsi, 1997)، مدی و مس (Maddy & Mess, 1979)، امریکانز و همکاران (Amerikaneret & et al, 1994)، هانگ (Hung, 1995) و بارتون (Barton, 1999) همسو است. یافته‌های به‌دست آمده از این پژوهش با نتایج به‌دست آمده از تحقیقات کلفتراس و پسارا (Kleftaras & Psarra, 2006) که نشان دادند ارتباط معناداری بین سلامت عمومی افراد با معنای زندگی وجود دارد، همچنین با پژوهش راتی و راستوگی (Rathi &Rastogi, 2007)، که نشان دادند بین داشتن معنا در زندگی و رفاه روان‌شناختی ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد، هماهنگ است. این نتیجه همچنین با نتایج به‌دست آمده از پژوهش نصیری و جوکار

(Nasiri & Jokar, 2009)، که نشان دادند، بین معناداری زندگی با امید، شادی و رضایت از زندگی همبستگی مثبت و معنادار وجود دارد و به‌عبارت دیگر معناداری زندگی می‌تواند سبب افزایش شادی و رضایت از زندگی شود و همچنین پژوهش دهداری و همکاران (Dehdari& et al, 2013) که نتیجه گرفتند، بین میانگین نمره اضطراب با معنای زندگی ارتباط آماری معنادار و معکوس وجود دارد و داشتن معنا در زندگی یکی از متغیر-هایی است که بر میزان سلامت‌روان تأثیر می‌گذارد، همسو می‌باشد.

همچنین پژوهش حاضر با نتایج عبدالملکی (Abdolmaleki, 2016) که تأثیر درمان آموزشی روش شناختی مبتنی بر مفروضه‌ها و قواعد روان‌شناختی را بر افزایش بهزیستی و کاهش اضطراب سلامت بیماران مبتلا به ام‌اس شهر همدان مورد بررسی قرار داده و نتیجه گرفته است که درمان آموزشی روش شناختی مبتنی بر مفروضه‌ها و قواعد روان‌شناختی بر افزایش بهزیستی و کاهش اضطراب سلامت بیماران مبتلا به ام‌اس شهر همدان تأثیر داشته است، همخوانی دارد. پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های کیامرثی (Kiamarsi, 1997)، کلانتر (Kalantar, 1998) و وردی (Verdi, 2001) مبنی بر رابطه منفی بین سرسختی روان‌شناختی وخرده مقیاس شکایت جسمانی و پژوهش ایوبی و همکاران (Ayobi & et al, 2010)، مبنی بر وجود همبستگی مثبت و معنادار بین سرسختی روان‌شناختی با سلامت‌روانی و بهزیستی هماهنگ است.

همچنین این پژوهش با تحقیقات آلرد و اسمیت (Alred & Esmitt, 1989)، ناکانا (Nakana, 1990)، مدی (Maddy, 1990)، وایب (Wiebe, 1991)، مدی و هس (Maddy &Hess, 1992)، امریکانر و همکاران (Amerikaner & et al, 1994)، هانگ (Hung, 1995)، مدی و همکاران (Maddy & et al, 1996)و بارتون (Barton, 1999) که به این نتیجه رسیدند سرسختی می‌تواند اثر تعدیل‌کننده بر فشارروانی داشته باشد و افزایش سلامت‌روانی، با افزایش سرسختی روان‌شناختی همراه است، همخوانی دارد.

یافته‌های به‌دست آمده از این پژوهش با نتایج پژوهش عبدالملکی (Abdolmaleki, 2015)،که اثربخشی شناخت‌درمانی با تکیه بر فراخوانی افکار و مفروضه‌ها را بر کاهش تحریف‌های شناختی و افزایش سرسختی روان‌شناختی دانشجویان دختر دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان مورد بررسی قرار داده و نشان داده است که شناخت‌درمانی با تکیه بر فراخوانی افکار و مفروضه‌ها در کاهش تحریف‌های شناختی و افزایش سرسختی روان‌شناختی مؤثر بوده است، همسو می‌باشد.

همچنین پیمبری (Payambari, 2016) تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر افزایش سخت‌رویی و کاهش افسردگی در بیماران قلبی را مورد پژوهش قرار داده و نشان داده است که درمان شناختی- رفتاری بر افزایش

سخت‌رویی و مؤلفه‌های آن (مبارزه‌جویی، تعهد و کنترل) و کاهش افسردگی در بیماران قلبی تأثیر داشته است و با نتایج این تحقیق همخوانی دارد.

در تبیین یافته‌های فوق و نتایج به‌دست آمده از پژوهش حاضر و مقایسه آن با سایر پژوهش‌ها می‌توان بیان داشت که زنان سرپرست خانوار، مجبور به ایفای نقش‌های چندگانه‌ای می‌باشند که در تعارض با یکدیگر قرار دارند. دلیل انتخاب این جمعیت، لزوم توجه به سلامت زنان است که غفلت از آن، خطرها و آسیب‌های جبران‌ناپذیری به کانون گرم خانواده و زندگی اجتماعی وارد می‌کند.گروه عمده‌ای از این زنان با فقر، ناتوانی، بی‌قدرتی به‌ویژه در اداره‌ی امور اقتصادی خانواده روبه‌رو هستند، به‌طوری‌که سلامت‌روانی آنان را مختل، باعث کاهش سرسختی روان‌شناختی و همچنین افزایش نگرش به بی‌معنایی زندگی در آن‌ها و در نتیجه زمینه‌ی ابتلا به انواع اختلالات‌روانی را فراهم می‌سازد. این افراد با این صفات (سرسختی روان-شناختی و نگرش به بی‌معنایی زندگی) آشنایی کافی ندارند و روش‌های بهبود آن‌ها و در نتیجه بهبود زندگی‌شان را نمی‌دانند (Alhoseyni, 2015). آموزش شناختی مبتنی بر مفروضه‌ها و قواعد شامل آموزش مهارت‌هایی است که به زنان سرپرست خانوار در نحوه‌ی درک درست از خود و زندگی و مدیریت تعارض در محیط‌های مختلف زندگی کمک می‌کند؛ زیرا براساس دیدگاه شناختی، نحوه‌ی تفکر و ادراک افراد است که منجر به شکل‌گیری احساسات و رفتار آن‌ها می‌شود. در این برنامه، مهارت‌های شناختی مبتنی بر مفروضه‌ها و قواعد شامل تمایز فکر از واقعیت، شناسایی و ارزیابی مفروضه‌های زیربنایی یا قواعد، چالشی با تفکر بایداندیشی، بررسی نظام ارزشی، مرز بین پیشرفت‌گرایی و کمال‌گرایی، عود مشکل فرصتی برای یادگیری و ایجاد مفروضه‌ها و معیارهای جدید و انطباقی و غیره برای ایجاد تغییر در فرآیندهای شناختی افراد، آموزش داده می‌شود (Burns, 1990). به‌نظر می‌رسد افرادی‌که آموزش شناختی مبتنی بر مفروضه‌ها و قواعد را دریافت می‌کنند، روی نگرش به بی‌معنایی زندگی و سرسختی روان‌شناختی آن‌ها، تغییر حاصل می‌شود.بنابراین افرادی‌که روش‌های شناختی را یاد می‌گیرند، سرسختی بیشتر و زندگی بامعناتر دارند و کمتر درمعرض اختلالات‌روانی قرار می‌گیرند.

شناخت سرسختی بهترین رویکرد نسبت به استرس است و این افراد با دارا شدن این توانایی قادر می‌شوند استرس حاد و استرس مزمن را از هم تمیز دهند و روش‌های مقابله‌ای با آن‌را بیاموزند و قادر به این درک می‌شوند که همه‌ی انسان‌ها در زندگی روزمره، استرس را تجربه می‌کنند، اما نحوه‌ی ادراک و واکنش فرد درمقابل این موقعیت‌ها نقش مهم دارد (Kobasa, 1979). همچنین این افراد با به‌دست آوردن معنا در زندگی و داشتن هدف، به کمال شخصیتی دست می‌یابند و سطح عواطف منفی و بیماری‌های ذهنی در آن‌ها

پایین می‌آید (Familahmarian, Khodabakhshikolaee & Falsafinezad, 2015). آموزش شناختی مبتنی بر مفروضه‌ها و قواعد هم از این جهت‌که بر ادراک و برداشت‌های فرد از شرایط ناگوار و استرس‌زای زندگی تأثیر دارد و هم از طریق آموزش مهارت‌های شناختی مبتنی بر مفروضه‌ها و قواعد می‌تواند باعث کاهش نگرش به بی‌معنایی زندگی و افزایش سرسختی روان‌شناختی در زنان سرپرست خانوار شود، برای کمک به افراد جهت زندگی طولانی‌تر، احساس بهتر و جلوگیری از افکار منفی طراحی شده است. این مداخله‌ها افراد را یاری می‌کند تا خودشان را بهتر درک کرده و از زندگی و هستی خود خرسندتر و راضی‌تر باشند. بنابراین با توجه به نتایج تحقیقات پیشین و نتیجه‌ی به‌دست آمده از پژوهش حاضر، می‌توان گفت آموزش شناختی مبتنی بر مفروضه‌ها و قواعد می‌تواند به‌عنوان یک رویکرد اثربخش بر ویژگی‌های روان-شناختی افراد، مورد توجه متخصصین حوزه‌ی سلامت‌روانی قرار گیرد.

لذا باتوجه به اهمیت نتایج بدست آمده، پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی آموزش شناختی مبتنی بر مفروضه ها و قواعد به‌عنوان یک روش مؤثر برای کاهش نگرش به بی‌معنایی زندگی و افزایش سرسختی روان‌شناختی در مراکز کمیته امداد و دیگر مراکز مرتبط، به مشاوران این مراکز و زنان سرپرست خانوار آموزش داده شود. همچنین به‌دلیل مقطعی بودن این مطالعه پیشنهاد می‌شود برای دقیق‌تر شدن نتیجه این پژوهش، مطالعه‌ای طولی و همراه با مرحله پیگیری انجام شود. از جمله محدودیت‌های این پژوهش، اجرای تحقیق در یکی از شهرهای کشور، آن هم فقط بر روی یک جنس می‌باشد که از قابلیت تعمیم‌دهی به جامعه آماری بزرگتر همچون استان و کشور، می‌کاهد.

References

Abdolmaleki, R. (2015). The effect is called cognitive therapy based on cognitive thoughts and assumptions on reducing distortion and increasing psychological toughness female students of Islamic Azad University of hamedan**.** Master's thesis. Islamic Azad University. Hamedan, Faculty of Humanities, Department of Psychology. (In Persian).

Abdolmaleki, M. (2016). Effect of psychological training methodology based on assumptions and rules on health, well-being and reduce anxiety in patients with MS in Hamadan. Master's thesis. Islamic Azad University, Hamedan, Faculty of Humanities, Department of Psychology. (In Persian).

Alhoseyni, N. (2015). The increasing trend of female-headed households and its problems**,** *Resalat Newspaper*, October 26, the middle column.

Amerikaner, M., Monks, G., Wolfe, P., & Thomas, S. (1994). Family interaction and individual psychological health. *Journal of Counseling and Development*, *72*(6), 614- 623.

Besharat, M.A. (2007). Hardiness and coping style with stress. *Psychological Studies*, *3*(2), 109-127.

Burns, D. (1990). From good mood to bad mood. Tehran: Asim. (In Persian).

Delahaij, R., Gaillard, W.D., & Dam, K.V. (2010). Hardiness and the response to stressful situations: investigating mediating processes. *Personality and Individual Differences*, *49*(1), 386-390.

Dehdari, T; Yarahmadi, R; Tagdisi, M; Daneshvar, R & Ahmadpour, J. (2013). The relationship between having meaning in life with stress, anxiety and depression Iran University of medical sciences in 1392. *Iranian Journal of Health Education, 1*(3), 83-92. (In Persian).

Familahmarian, F; Khodabakhshikolaee, A & Falsafinezhad, M. (2015). Meaning the effectiveness of treatment on life expectancy and quality of sleep in older adults living in boarding centers. *Journal of Research on Religion & Health*, *1*(3), 11-18.

Firozbakht, M. (2012). Theories of psychotherapy and counselling. Tehran: Rasa. (In Persian).

Funk, S. C. (1992). Hardiness: are rielw of therapy and research. *Health Psychology, 11*(1), 335-345.

Gholami, M; Pasha, GH& Sodani, M. (2009). The effectiveness of group logotherapy on life expectancy and general health of patients with thalassemia girl. *Knowledge & Research in applied Psychology*, *2*(6), 25-45. (In Persian).

Ganje, P; Mehrabizadehonarmand, M; Davodi, I & Zargar, Y. (2015). The effectiveness of cognitive-behavioral intervention on quality of life and self boys 15-10 years with asthma symptoms in Ahwaz. *Journal of Psychological Achievements*, 4(22), 68-88.

Joseph, S., Williams, R., & Yule, W. (1997). Understanding post-traumatic stress: a psychological perspective on PTSD and treatment. Chichester, West Sussex, England: Wiley.

Kalaktar, J. (1998). Examine the relationship between psychological hardiness personality type and stress in male students of the third year of a new city of Ahvaz. Master's thesis. Martyr Chamran University, Faculty of Humanities, Department of Psychology. (In Persian).

Khani, F; Samsamshariat, s; Mehdad, A; Taki, F; Korangbeheshti, M & Hekmatravan, R. (2014). The effect of life skills training on improving the SCL-90 psychological indicators and quality of life of patients with diabetes. *Knowledge and Research in Applied Psychology*, *15*(3), 81-91. (In Persian).

Khoshdel, G. (2009). Psychology perfection, healthy role models. Tehran: Peykan. (In Persian).

Kleftaras, G., Psarra, E. (2006). Meaning in life, psychological well-being and depressive symptomatology: a comparative study, meaning in life. *Journal of Counseling Psychology*, *53*(4), 80-93.

Kobasa, S.C. (1979). Stressful events, personality, and health: an inquiry in to hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, *7*(4), 413- 423.

Kiamarsi, A. (1997). Construction and validation of a scale to measure the psychological hardiness and its relationship with type a, focus inhibition of self-esteem, somatic complaints and academic performance of male and female students of islamic azad university. Master's thesis. Ahvaz Islamic Azad University, Faculty of Humanities, Department of Psychology.

Leahy, R. (2003). Cognitive therapy techniques. Tehran: Arjmand. (In Persian).

Mahmoodi, M; Shabani, H & Zahrakar, K. (2013). The effectiveness of life skills training on improving the quality of life for students. *Developmental Pscychology*, *10*(37), 71-79. (In Persian).

Michalos, A., Orlando, J. (2006). A note on student quality of life. *Journal of Social Indicators Research*, *79*(1), 51-59.

Mohabatbahar, S, Akbari, M; Melki, F & Moradijo, M. (2014). The effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment to the quality of life of women with breast cancer. *Thought and Behavior in Clinical Psychology*, *9*(34), 17-92. (In Persian).

Nakano, K. (1990). Type a, hardiness and psychological stress. *Journal of Behavioral Medicine*, *9*(6), 537-548.

Nasiri, H., Jokar, B. (2008). Meaning in life, hope, life satisfaction and mental health in women. *Journal of Woman Research*, *6*(2), 157-176.

Payambari, M. (2015). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on increasing hardiness and reduce depression in heart patients. Master's Thesis. Islamic Azad University, Hamedan, Faculty of Humanities, Department of Psychology. (In Persian).

Puigdollers, E., Domingo-Salvany, A., Brugal, M. T., Torrens, M., Alvaros, J., Castillo, C., et al. (2004). Characteristics of heroin addicts entering methadone maintenance treatment: quality of life and gender. *Journal of Substance Use and Misuse*, *39*(9), 1353-1368.

Rathi, N., Rastogi, R. (2007). Meaning in life and psychological well-being in pre-adolescents and adolescents. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, *33*(1), 31-38.

Rezaeeardani, R; Faridhoseyni, F; Borhanimaghani, M & Seyfi, M. (2015). The effectiveness of cognitive-behavioral stress management training on negative emotions and quality of life of women with breast cancer. *The Iranian Journal of Obstetrics Gynecology and Infertility*, *18*(154), 8-18. (In Persian).

Salehiheydarabad, M; Khosrovian, B & Ageshte, M. (2014). Behavioural brain systems, hardiness and tolerance of ambiguity in substance abusers and ordinary people. *Knowledge & Research in applied Psychology*, *15*(4), 102-109. (In Persian).

Shahkarami, M; Zahrakar, K; Moradizade, S; Davarnia, R & Shakarami, M. (2015). Effectiveness of cognitive behavioral stress management on improving the quality of life of patients treated with methadone group approach. *Journal of Health Research in Community*, *1*(2), 12-21. (In Persian).

Verdi, M. (2001). The relationship between perfectionism and psychological hardiness and mental health of high school students in Ahwaz. Master's thesis. Shahid Chamran University of Ahvaz, Faculty of Humanities, Department of Psychology. (In Persian).

Westman, M. (1990). The relationship between stress and performance: the moderating effect of hardiness. *Human Performance*, *3*(3), 141-155.

Wiebe, D.J. (1991). Hardiness and stress moderation: a test of proposed mechanisms. *Journal of Personality and Social-Psychology*, *60*(1), 89-99.

Zhang, L.F. (2010). Hardiness and the big five personality traits among Chinese university students. *Learning and Individual Differences*, *21*(1), 109-113.

Zhahedbabolan, A; Ghasempour, A; Hasanzade, Sh. (2011). Hardiness in anticipation of forgiveness and hope. *Knowledge & Research in applied Psychology*, *12*(3), 12-19.